



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/112/12/10	4-Data de Autorização 12/2/1/01/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8130981	7-Data Validade da Senha 10/09/1103/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
-----------------------	--	--	---------------------------------------	--	--

8-Número da Carteira 10/02/02532486000000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1/1/1
13-Nome JUCINEI DA SILVA MESQUITA		14-Teléfono () -	15-Nome do titular do plano MABIA CRISTINA VIANA DA CONCEICAO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDO ANTONIO SOUZA FONSECA	18-Número no CRO 7149	19-UF PA	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101557681236	22-Nome do Contratado Executante FERNANDO ANTONIO SOUZA FONSECA	23-Número no CRO 7149	24-UF PA	25-Código CNES Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante FERNANDO ANTONIO SOUZA FONSECA	27-Número no CRO 7149	28-UF PA	29-Código CBO S
--	--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	810000615	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		S	22/01/2021	guarini	
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Fim do Tratamento 15/05/2021	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	---------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/01/21 Fernando A.S. Fonseca Cirurgião-Dentista CRC/PA 7149	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 22/01/21 Fernando A.S. Fonseca Cirurgião-Dentista CRC/PA 7149	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/01/21 Guarini	53-Data, local e Carimbo da Empresa 1/1/1/1/1/1
---	--	---	--